CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE DE TIZI-OUZOU

SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE
CHEF DE SERVICE
PROFESSEUR B.BOULASSEL

PR BOULASSEL
DR. SI HADJ

LA RÉDACTION DES DOCUMENTS MÉDICAUX

I. INTRODUCTION

La pratique de la médecine de nos jours, comprend plusieurs aspects. Outre l'aspect diagnostic, curatif, préventif, il existe l'aspect rédactionnel de bon nombre de documents tels que les certificats médicaux, l'ordonnance et le dossier médical.

Ainsi le code de déontologie et la loi sur la promotion et la protection de la santé affirme l'obligation de rédaction que le médecin doit respecter.

L'article 57 du code de déontologie stipule que le médecin, le chirurgien-dentiste doit s'efforcer de Leur faciliter l'obtention aux malades d'avantages sociaux auxquels leur état de santé leur donne droit sans pour autant céder à aucune demande abusive.

Art. 292. loi de santé « Les structures et les établissements publics et privés de santé, sont tenus d'établir et de mettre à jour pour chacun des patients le dossier médical unique informatisé. Ils doivent protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent ».

L'article 444 de la loi de la santé déclare que «Les dossiers médicaux des patients ouverts antérieurement â l'institution du dossier médical unique doivent être conservés par les structures et établissements publics et privés de santé ».

II. LE DOSSIER MEDICAL.

Le dossier médical est un document administratif comportant 3 parties :
- Une partie purement administrative et sociale,
- Une partie médicale objective : radiographie, résultats d'examens, compte rendus opératoires, tous éléments apportant une connaissance objective **de** l'affection et des soins.
- Une partie médicale subjective : observation des internes des médecins notes spécifiques des diagnostics, courriers échangés entre les différents médecins ayant eu charge du patient.

Comment constituer ce dossier médical ?
A l'admission et durant le séjour

- La fiche d'identification du malade.
- Le document médical indiquant les motifs de l'hospitalisation
- Les conclusions de l'examen clinique initial.
- Les comptes rendus des explorations para cliniques et des examens complémentaires (anapth).
- La fiche de consultation pré - anesthésique.
- Les comptes rendus opératoires ou d'accouchement
- Les prescriptions thérapeutiques.
- Le dossier des soins infirmiers.

A la fin du séjour hospitalier :

- Le compte rendu d'hospitalisation avec notamment le diagnostic de sortie
- Les prescriptions établies à la sortie du patient
- La sortie du malade se fait sur proposition du médecin par un bulletin de sortie ne comportant aucun diagnostic ni mention d'ordre médical.
- Le médecin traitent doit être informer, après la sortie de l'hospitalisé, des prescriptions médicale auxquelles le malade doit continuer à se soumettre.
- Dans le cas particulier de refus volontaire de soin, l'hospitalisé doit signer un document stipulant son refus d'acceptation, voire même sa sortie contre avis médical (article 49 du CD).
- Les dossiers sont conservés aux archives hospitalières, ne pouvant être consultées qu'avec autorisation du chef de service. Toutes dispositions utiles doivent être prises pour assurer le garde et la confidentialité des dossiers (article 39 du CD).

III. <u>L'ORDONNANCE MÉDICALE:</u>

L'ordonnance médicale a pour finalité la prescription de médicaments nécessaire au patient qui seront délivrés par le pharmacien.

Le code de déontologie dans son article 55 stipule que toute prescription, certificat, attestation ou document établi par un médecin doit être rédigé lisiblement et permettre l'identification de la signature et comporter la date et la signature du médecin.

Dans son article 47 il est dit que le médecin doit formuler sa prescription avec toute la clarté nécessaire. il doit veiller à la bonne compréhension des prescriptions par le malade ou son entourage. Il doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement.

Ainsi l'ordonnance doit comporter :

- Le nom; l'adresse professionnelle du médecin
- Le nom, prénom du malade, l'âge et le poids s'il s'agit d'un enfant
- La date et ta signature du médecin
- Elle doit être très lisible.
- La mention de la forme galénique du médicament (gélule, injection, comprimé, goute...).
- La posologie et la durée du traitement doivent être indiquées clairement
- La délivrance de l'ordonnance s'accompagne d'explications orales au malade.
- L'ordonnance engage la responsabilité professionnelle, civile et pénale du médecin.
- Pour les prescriptions non médicamenteuses destinées aux laboratoires de biologie médicale, aux radiologues, aux auxiliaires médicaux, le médecin utilisera des feuilles distinctes.
- Pour les soins infirmiers la nature de l'acte doit être expliquée, ses horaires et sa durée.

IV. <u>LES CERTIFICATS</u>

Il existe plusieurs types de certificats médicaux :

- Certificats de coups et blessures.
- Certificats de décès
- Certificats de naissance
- Certificat de constat de violence sexuelle.
- Certificat de pincement en milieu psychiatrique
- Certificat d'arrêt de maladie, de prolongation.
- Certificat de déclaration d'accident de travail, de maladie professionnelle.
- Certificat de bonne santé.
- Certificat d'aptitude ou non aptitude au sport

Tous les certificats doivent être lisibles, datés, signés avec identification du rédacteur, respectueux du secret médical (sauf dérogation de la loi).

Il doit être remis en main propre au demandeur ou au tuteur légal pour le mineur.
Le médecin atteste ce qu'il voit et non ce qui lui est rapporté.
L'attestation se fait d'un examen, de constatations, de résultats d'examens, de soins donnés…. de faits médicaux .dont médecin est lui-même l'auteur.